

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA E OBSTETRICIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

"INFECÇÃO POR CHLAMYDIA TRACHOMATIS
NA GESTAÇÃO"

Florinópolis, janeiro de 1994.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

"INFECÇÃO POR CHLAMYDIA TRACHOMATIS
NA GESTAÇÃO"

AUTORA: Carina Hardt

Doutoranda da 12ª fase de Medicina

ORIENTADOR: Dr. Edison Natal Fedrizzi

Prof. Auxiliar de Ensino do Dpto de Ginecologia e
Obstetrícia da UFSC

Florianópolis, Janeiro de 1994

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Ao Dr. de Edison Natal Fedrizzi pela sabedoria, paciência e dedicação que demonstrou orientando-me neste trabalho.

Ao Dr. Lucio Botelho, pelo auxílio indispensável na análise estatística deste estudo.

Aos doutorandos da 11ª fase pelo auxílio na coleta de dados ora utilizados.

A todos aqueles que, de uma forma ou de outra colabora para a confecção deste trabalho.

SUMÁRIO

| | |
|-------------------------------------|----|
| 1. RESUMO | 04 |
| 2. INTRODUÇÃO | 05 |
| 3. CASUÍSTICA | 09 |
| 4. RESULTADOS | 10 |
| 5. DISCUSSÃO | 16 |
| 6. CONCLUSÃO | 20 |
| 7. SUMMARY | 21 |
| 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 22 |

RESUMO

Foram analisadas nos ambulatórios de consulta pré natal do serviço de ginecologia e obstetrícia do HU 80 gestantes devidamente protocolados. A prevalência de infecção pela chlamydia trachomatis nestas gestantes foi de 17,5% (14/80). A média de idade das pacientes entrevistadas foi de $24,56 \pm 4,75$ anos, não diferindo estatisticamente nos 2 grupos. (Chlamydia + e Chlamydia -).

Não houve diferença estatística significativa com parando os 2 grupo quanto à raça, estado civil, nº de parceiros sexuais, parceiro sintomático, história morbida progressa de DST, início da atividade sexual e paridade.

Cerca de 50% das pacientes Ct + eram assintomáticas.

Apesar de não encontrarmos diferença estatística significativa no que diz respeito aos fatores de risco entre os 2 grupos, uma investigação rotineira, com objetivo de diagnóstico e tratamento dos casos Ct + certamente reduzirá as possíveis afecções morbidas materna e perinatal, justificando o custo de sua pesquisa.

UNITERMOS: Ct, gravidez, pré-natal

Chlamydia trachomatis

INTRODUÇÃO

A *Chlamydia trachomatis* é uma bactéria gram -, obrigatoriamente intracelular que apresenta um tropismo para as células colunares, como as endocervicais, endometriais das trompas, conjuntivas e trato respiratório (1,2).

A prevalência desta bactéria (que é considerada a DST de maior prevalência nos EUA) nas mulheres grávidas varia de 2 a 47%, de acordo com a população estudada (1,2,3,4,5,6).

É um dos agentes etiológicos que causam com maior frequência cervicite na mulher. Esse dado é de grande importância, pelo fato de que a cervix uterina infectada apresenta poucos ou nenhum sintoma, sendo porta de entrada para as infecções genitais altas e, na gestante, um risco ao RN e possivelmente na evolução da gestação (7). A criança, quando da passagem pelo canal de parto, poderá contaminar-se com as secreções genitais da mãe portadora da infecção.

O risco de um RN vir a desenvolver infecção pelo contágio através do canal do parto é muito elevado. Para a conjuntivite, esse risco pode ser de 18-50%, que poderá regredir espontaneamente, ou evoluir para um quadro de otite ou nasofarínge (15-20%) ou mesmo pneumonia neonatal (2,8). Aproximadamente 11-18% dos lactentes nascidos de mães infectadas, desenvolvem

uma característica pneumonia subaguda pela Ct, entre o 1º e 4º mês de vida (1,9,10).

Por outro lado, o efeito da infecção pela Ct na gravidez e as eventuais complicações perinatais, como trabalho de parto prematuro, rotura prematura das membranas, retardo de crescimento intra uterino, endometrite pós parto, óbito fetal, perinatal e aborto ainda permanecem controversas (1,11,12) Há a hipótese de que a cervicite assintomática predisponha a amnionite, que ativa a fosfolipase A², liberando PGs, que causam contrações uterinas.

A ausência de um título elevado de Igm no sangue do cordão dos filhos de mulheres portadoras de Ct, parece ser uma prova contra a infecção intra uterina, constituindo uma confirmação de que a infecção é adquirida durante o trabalho de parto (14). Porém, foi relatado um caso de oftalmia neonatal pela Ct em RN nascido de cesárea com membranas integras, sugerindo outra via de transmissão, transmembrana ou transplacentária (3).

Certos fatores podem ser preditivos das mulheres com maior probabilidade de terem infecção pela Ct. Mulheres ativas sexualmente, com menos de 20 anos de idade, apresentam índices de infecção 2-3X maiores que mulheres de maior idade (15/16,17,18). O número de parceiros sexuais, e em alguns estudos, o baixo nível sócio econômico, estão associados com níveis mais altos de infecção (19). Pessoas que usam contraceptivos de barreira são menos frequentemente infectadas pela Ct, enquanto que mulheres usuárias de Anticoncepcional oral, podem ter uma maior prevalência de infecção cervical devido a uma maior expo-

sição do epitélio colunar do colo do útero (10).

O diagnóstico através da cultura tecidual é o método mais sensível, entretanto, não é largamente disponível, por ser, bastante oneroso e complexo. O teste de imunofluorescência direta (IFD) requer apenas 30-40 minutos para processamento, e apresenta índices de sensibilidade maior que 90% , com uma especificidade maior que 98%, se um micioscopista experiente e uma amostra satisfatória forem disponíveis (10). A sorologia na detecção de anticorpos do tipo IgM ou IgG, através da técnica de imunofluorescência indireta, evidencia a presença de tais anticorpos somente nas infecções com repercussão sistêmica (2).

Quanto ao tratamento, a droga de escolha é o estearato de eritromicina, cuja cura microbiológica é alcançada em 92% das gestantes após 1 semana de tratamento. O risco de um RN vir a desenvolver a infecção após tratamento materno resume-se a 7%, ao passo que em gestantes não tratadas esse risco é de 50%.

As gotas de nitrato de prata instiladas ao nascimento não previnem a conjuntivite de inclusão por Ct, e em alguns lactentes, causam conjutivite química (8). Por essa razão, muitas instituições de saúde, atualmente, recomendam o uso profilático de pomada de eritromicina ao nascimento. Contudo, a profilaxia com eritromicina tópica não cura a infecção nasofaríngea, pulmonar ou retal concomitante. Talvez uma melhor abordagem preventiva, fosse a triagem e o tratamento das mulheres grávidas, com investigação anteparto. (9,12,23).

Em vista da considerável morbidade infantil, fetal e possivelmente materna, associada com a infecção pela Ct, a in-

investigação durante o pré-natal constitui um cuidado importante, cuja triagem rotineira das pacientes de alto risco, identificando e tratando das pacientes infectadas certamente justificam os custos (24,25,26).

Neste estudo pretendemos determinar a prevalência da infecção cervical pela Ct nas gestantes atendidas no serviço de ginecologia e obstetrícia do Hospital Universitário, para avaliar o benefício da pesquisa de rotina deste patógeno, em gestantes do nosso meio.

CASUÍSTICA

Foram analisadas de forma prospectiva, 80 gestantes em consulta pré natal nos ambulatórios do serviço de Ginecologia e Obstetrícia do H.U. no período de julho a novembro de 1993.

As pacientes, foram entrevistadas de forma aleatória, conforme protocolo padrão (incluindo idade, estado civil, raça, idade gestacional e quadro clínico) e submetidas à avaliação clínica e laboratorial. Foram ainda pesquisados fatores de risco, como número de companheiros durante a gestação, HPM de DST e idade de início das atividades sexuais.

O método de escolha para o diagnóstico da infecção pela Ct foi a imunofluorescência direta em secreção endocervical e uretral.

Exames como colpocitologia oncótica, exame qualitativo de urina e urocultura, foram realizados no mesmo período, pela maioria das pacientes como exames de rotina pré natal.

O estudo estatístico dos resultados foi realizado através de percentuais, qui-quadrado e teste "T de student".

RESULTADOS

Das 80 pacientes analisadas no Ambulatório de Pré-natal do serviço de ginecologia e obstetrícia do H.U. quanto a presença de Chlamydia Trachomatis (Ct) na secreção endocervical e uretral pelo método de imunofluorescência direta, obtivemos resultados positivo (em ambas localizações) em 14 casos, representando 17.5% da amostra, nenhum caso foi positivo em apenas 1 sítio de pesquisa.

Apenas 7 pacientes (8.75%) eram da raça negra, sendo todas do grupo Ct negativo.

Quanto ao estado civil 87.5% (70/80) das pacientes eram casadas e todos os casos de Ct positivo se encontravam neste grupo (14/80).

Cerca de 3.75% (3/80) das pacientes negavam a presença de um companheiro durante a gravidez e destas, nenhuma era Ct positivo. Somente 8.75% (7/80) referiam companheiro sexual com algum sintoma (disúria, secreção uretral, etc) sendo 2 do grupo das 14 pacientes com infecção (14,28%).

A história prévia de DST foi muito pequena no grupo estudado, sendo 1 paciente no grupo Ct positivo (7.15%) e 4 (6,06%) no grupo Ct negativo.

A média de idade das pacientes foi de 24,56 (\pm 4.75) anos, com um percentual de 41,25% (33/80) na faixa dos 20 - 25 anos. Este grupo etário foi mais frequente tanto nas pacientes Ct positivo (42.85%), quanto nas Ct negativo (40.90%), não havendo diferença estatística. ($t = 1, p > 005$). Ver tabela 1.

Em 77.50% das pacientes (62/80) o início da atividade sexual foi entre os 15 e 20 anos de idade. Das pacientes Ct +92.85% (13/14) iniciaram sua atividade sexual nesta faixa etária, contra, 74,24% (49/66) do grupo Ct negativo. A média de idade de início da atividade sexual no grupo Ct positivo foi 17.8 \pm 1,33, e no grupo Ct negativo 18.9 \pm 2.5, mostrando uma diferença não significativa estatisticamente ($t = 1,66, p > 005$). Ver tabela 2.

Cerca de 73.75% das pacientes (59/80) eram primigestas (37.5%) ou secundigestas (36.25%). Neste grupo estavam 64.28% (9/14) das pacientes Ct positivo e 74.84% (50/66) das Ct negativo, Não havendo diferença estatística ($\chi^2 = 0,79, NS, p > 005$) ver tabela 3.

No momento do exame, 43.75% (35/80) das pacientes se encontravam no II^o trimestre de gestação, sendo o mais frequente tanto no grupo Ct positivo 35,71% (5/14), como no grupo Ct negativo 53.03% (35/66) ($p > 005$) ver tabela 4.

A maioria das pacientes eram assintomáticas (52/80), sendo que no grupo Ct positiva 50% das pacientes (7/14) apresentavam algum tipo de sintoma, (leucorréia, sinusiossagia, etc), enquanto que no grupo Ct negativo, 31,08% (21/66) eram sintomáticas. O estudo não demonstrou diferença estatística (χ^2

= 1,68, $p > 005$) porque os sintomas referidos não foram específicos para infecção por Ct. Ver tabela 5.

A leucorréia foi a queixa mais frequente (92,14%), isolada ou associada a outras queixas.

No exame qualitativo de urina das pacientes Ct positiva foi encontrado 28,57% (4/14) de resultados com leucocitúria e com urocultura negativa e ausência de vulvovaginite. No grupo Ct negativo 22,72% (15/66) das pacientes também apresentavam estas alterações, não sendo, portanto um dado presuntivo de infecção uretral.

Os patógenos isolados na colpocitologia oncótica, foram a Candida em 6 casos (7,5% Trichomonas em 3 (3,75%) e Gardnerella 1 (1,25%). Nenhum exame mostrou alterações citológicas sugestivas de infecção por Ct. Não houve diferença no isolamento de patógeno para Ct positivo (14,30%) e Ct negativo (12,11%), ($\chi^2 = 0,01$ N) ver tabela 6.

TABELA 3: Distribuição das pacientes de acordo com a paridade

| Paridade | Ct + | | Ct - | | Total | |
|----------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| 0 | 05 | 35.70 | 25 | 37.86 | 30 | 37.5 |
| I | 04 | 28.60 | 25 | 37.86 | 29 | 36.25 |
| II | 02 | 14.30 | 08 | 12.17 | 10 | 12.50 |
| III | 03 | 21.40 | 05 | 07.57 | 08 | 10.00 |
| IV | 00 | 00.00 | 03 | 04.54 | 03 | 03.75 |
| Total | 14 | 100.00 | 66 | 100.00 | 80 | 100.00 |

FONTE: SGO HU/Fpolis - SC

$$\chi^2 = 0.79$$

NS

(p > 005)

TABELA 4: Distribuição das pacientes conforme a Idade Gestacional

| IG | Ct + | | Ct - | | Total | |
|----------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Iº TRI | 01 | 07.15 | 06 | 09.09 | 07 | 08.75 |
| IIº TRI | 05 | 35.71 | 30 | 45.45 | 35 | 43.75 |
| IIIº TRI | 04 | 28.57 | 16 | 24.24 | 20 | 25.00 |
| IGNOR | 04 | 28.57 | 14 | 21.22 | 18 | 22.50 |
| Total | 14 | 100.00 | 66 | 100.00 | 80 | 100.00 |

FONTE: SGO HU/Fpolis - SC

$$\chi^2 = 0.67$$

3 GM

NS

TABELA 5: Distribuição das gestantes de acordo com o quadro clínico.

| Sint. | Ct + | | Ct - | | Total | |
|----------|------|-------|------|-------|-------|-----|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Sintom. | 07 | 25.00 | 21 | 75.00 | 28 | 100 |
| Assintom | 07 | 13.40 | 45 | 86.65 | 52 | 100 |
| Total | 14 | 17.5 | 66 | 82.5 | 80 | 100 |

FONTE: SGO HU/Fpolis - SC

$$\chi^2 = 1.68$$

NS

TABELA 6: Patogenos isolados na colpocitologia oncótica

| C-O | Ct + | | Ct - | | Total | |
|-----------|------|--------|------|--------|-------|--------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Candida | 02 | 14.30 | 04 | 06.06 | 06 | 07.50 |
| Trichom | 00 | 00.0 | 03 | 04.54 | 03 | 03.75 |
| Gardner | 00 | 00.0 | 01 | 01.51 | 01 | 01.25 |
| Nenhum | 10 | 71.40 | 36 | 54.54 | 46 | 57.50 |
| S/result. | 02 | 14.30 | 22 | 33.35 | 24 | 30.00 |
| Total | 14 | 100.00 | 66 | 100.00 | 80 | 100.00 |

FONTE: SGO HU/Fpolis - SC

$$\chi^2 = 0.01$$

NS

DISCUSSÃO

A *Chlamydia Trachomatis* é atualmente reconhecida como um dos organismos de transmissão sexual mais comum em nosso meio. Embora, o potencial de transmissão da Ct de uma mulher grávida para seu filho não esteja bem estabelecida, e em que extensão essa infecção afeta a gravidez, com complicações perinatais e no puerpério, a sua prevalência é significativa na maioria dos trabalhos, podendo chegar até 47%, conforme dados da OMS (1, 2, 3, 4, 5, 6).

Neste estudo, constatamos uma alta prevalência desta infecção nas gestantes que acompanham sua gravidez no HU/Fpolis (17.5%). Tal fato, representa quase 6 vezes a prevalência da sífilis na mesma população, com repercussões não menos importantes, mas cuja investigação não faz parte da rotina pré-natal.

Gestantes não brancas e solteiras são citadas pela literatura como um grupo de maior prevalência para esta infecção (7, 10, 12), observação não constatada em nossas pacientes, provavelmente pelas características étnicas da população e número pequeno da amostra.

É unânime se afirmar que a infecção pela Ct é predominante nas pacientes de faixa etária mais baixa (< 25 anos) e ativas sexualmente (15, 16, 17,8). A grande maioria das pacien-

tes (97.5%) do nosso estudo se encontravam nessa faixa, não havendo diferença estatisticamente significativa entre os 2 grupos.

A HMF de DST, grande nº de parceiros sexuais durante a gestação e companheiros sintomáticos, são também considerados fatores de risco para infecção por Ct na gestação (19). Não obtivemos dados significativos neste sentido já que todas as gestantes CT positivo tinham apenas 1 companheiro durante a gestação e somente 1 paciente referia DST prévia (7.15).

O início precoce da atividade sexual é ressaltado por vários estudos como um fator importante tanto para Ct como para outras DST. Não obtivemos diferença estatística nos 2 grupos quanto ao início da atividade sexual, já que a média das idades foram muito semelhantes ($18,9 \pm 2.5$ a para grupo Ct negativo e 17.8 ± 1.33 para grupo Ct positivo), $p > 0.05$.

Nos 2 grupos houve um predomínio quanto à paridade, de pacientes primigestas ou secundigestas conforme os achados de Ryan e Cols, que cita ser inversamente proporcional a paridade e o risco de ter infecção pela Ct (12).

A idade gestacional não parece ser significativa quanto a presença ou não da infecção pela Ct. Porém, não há estudos seriados comparando as várias fases da gestação e o início da infecção.

Não existem aspectos clínicos nas infecções urogenitais pela Ct que as distingam de outras infecções urogenitais femininas. As pacientes devem ser estudadas cuidadosamente em relação a todos os patogenos potenciais que causem essa sindro-

mes. Audebert chama a atenção para a proporção de mulheres assintomáticas infectadas pela Ct (30%), ocorrendo por vezes somente um fluxo mucopurulento da endocervice, em geral em uma cervice infectada e com áreas de erosão e edema friáveis, que sangram facilmente ao toque. Das nossas pacientes Ct positivo, 50% eram assintomáticas, enquanto que a outra metade apresentavam queixas inespecíficas, como leucorréia, sangramento, cervicite e ectopia.

Não houve diferença estatística, entre os 2 grupos quanto aos patógenos isolados na copocitologia oncótica. A associação de doenças de transmissão sexual não foi observada neste estudo, pois, apenas 2 pacientes Ct positivo tiveram associação com outro patógeno (Candida).

A síndrome uretral na gestante também pode ser devido a infecção pela *Chlamydia trachomatis*. Stamm e Cols estudando as causas de infecção do trato urinário, evidenciaram em 62,5% das vezes a presença da Ct em gestantes com piúria e cultura negativa (Stamm, 1980). A avaliação simultânea da uretra e endocervice aumenta a positividade do diagnóstico em 20%. Em nosso estudo observamos que 50% das pacientes Ct positivo apresentavam leucocitúria, sendo 28.57% com urocultura negativa e ausência de vulvovaginite. Em todos os casos positivos, obtivemos este resultado, tanto na endocervice quanto na secreção uretral.

Mesmo controverso, até o presente, quanto às complicações da infecção pela Ct na gravidez, puerpério e no RN, a maioria dos estudos recomendam o diagnóstico e tratamento ante parto como medida de prevenção de tais complicações. Certamente a re-

lação custo benefício irá depender da população examinada.

Se não for possível o exame rotineiro em todas as pacientes gestantes, é mandatório a investigação da chamada população de risco (29,30):

- Adolescentes (<20 a)
- Múltiplos parceiros
- HMF de DST
- Novo parceiro sexual com < 2 meses
- Secreção endocervical (mucopurulenta)
- Ectopia cervical friável, sangrante ao toque.
- Colpocitologia oncótica sugestiva de infecção (exsudato leucocitario)

Em nosso meio, o estudo rotineiro de tal infecção provavelmente irá superar os custos, uma vez que não houve diferença estatística significativa quanto aos fatores de risco e a positividade ou não da ct na endocervice e uretra das gestantes.

CONCLUSÃO

- A prevalência da infecção endocervical e uretral nas gestantes atendidas no serviço de ginecologia e obstetrícia do H.U. no período de julho-novembro 1993, foi de 17,5% (14/80).
- 50% das pacientes Ct positivo eram assintomáticas.
- Todas as pacientes do grupo Ct positivo eram brancas.
- A faixa etária de > prevalência no grupo Ct positivo foi 20 + 25 anos (42,85%), o mesmo observado no grupo Ct negativo (40,90%).
- O início da atividade sexual foi precoce (< 20 anos) em ambos os grupos (Ct positivo = 92,85%, Ct negativo = 74,24%)

Não foi possível determinar fator(s) de risco significativo(s) associado (s) às pacientes infectadas pela ct.

SUMMARY

Eighty pregnant women correctly registered were analysed in the prenatal offices of the gynecology and obstetrics service of the Hospital Universitário. The prevalency of infection by *Chlamydia trachomatis* in these pregnant women was of 17.5% (14/80).

The average of the interviewed patients was of 24.56 \pm 4.75 years old, not differing statistically in the 2 groups. (Ct + and Ct -)

There was no significant statistical difference when comparing the groups Ct (+) and Ct (-) according to race, marital status, number of sexual partners, symptomatic partner, previous morbid history, sexually transmissible diseases, beginning of sexual activity and parity.

About 50% of the patients Ct (+) were asymptomatical.

Although no significant statistical difference was found in risk factors between the two groups, a routine investigation, aiming at diagnosis and treatment of the Ct + cases will decrease the possible maternal and perinatal morbid affections, justifying the expenses of the research.

BIBLIOGRAFIA

1. SWEET, R.L et al. "Chlamydia trachomatis infection and pregnancy out come. Am J. Obstetric Gynecology, 156. 824-833, April.
2. NAUD, F. "Gestação e doenças sexualmente transmissíveis" in, FREITAS, F. et al, Rotinas em Obstetrícia, 2ª edição, Ed. Artes médicas, Porto Alegre, 1993 pp 279-286.
3. SHARIAT, H. et al, An inkiesting ase presentation: a possible nero soute for perinatal acquisition of Chlamydia, J. Perinatal 12 (3): 300-302, 1992, September.
4. BARRON, W.M., LINDHEIMER, M.D. "Complicações médicas na gravidez". Ed. Artes médicas, Porto Alegre, 1993, pp 292-294.
5. NUGENT, R.P. & HILLIER, S.L. "mucopurulent cervicitis as a predictor of Chlamydial infection and adverse pregnancy out come. The Investigatos of the Johns Hopkins Study of Cervicitis and, Advesse Pregnancy Out Come. Sex Transm. Dis 19 (4): 198- 202, 1992.

6. OH, M.K. GLOUD, G.A. et al, Chlamydial infection and sexual behavior in young pregnant teenagers. Sex Transm. Dis. 20 (1).
7. NAUD, P. Infecção Por Chlamydia trachomatis in Naud, P e Cols. Doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, Ed. Artes médicas, 1ª edição, 1993, pp. 169-176.
8. GONZAGA, M.A. & PY, E.A. "Doenças Sexualmente transmissíveis", In: TONELLI, E. Doenças infecciosas na infância. Volume II, seção 14, ed. MEDSI, 1987, pp. 1075.
9. STAMM, W.E. "Doenças causadas por Clamídias", in. WYNGAARDEN, J.B, MEDICINA INTERNA, 18ª edição, volume 2, ed. Guanabara, RJ, 1990, pp 1516-1519.
10. HEMSELL, D.L. et al, Sexually Transmitted Diseases & Pelvic Infectione, IN PERNOLL, M.L. CURRENT OBSTETRIC & GYNECOLOGIC DIAGNOSIS & TREATMENT, ec. Appleton & Lange, 7ª edição, 1991, P 775, punted in the United States of America.
11. NISHIMUR, A. et al "Infecção Clamídial e Gravidez" IN: HALBE H.W. "Tratado de ginecologia ", 2ª Edição, volume 1, Ed. Livraria roca LTDA, 1987, SP pp. 593-596.
12. RYAN, G. M. et al: Chlamydia Trachomatis infection in pregnancy and effect of treatment on outcome. Am J. Obstet. Gynecol 162: 34-39, 1990.

13. MEZINOVA, N.N. CHUCHUPALOV, P.D. Endometrial Chlamydia infection in women with habitual abortion, Akush ginekol (morsk) (2) 25-26, 1992.
14. PRITCHARD, J.A. & MAC. DONALD, P.C. "WILLINAS, Obstetrícia", 16ª edição Ed. Guanabara Kovgan S.A. RJ, 1983, pp 712.
15. SK JEL DES TAD, F.E. JERVE, F. "Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae among women seeking abortion in Newau. Results from a nationwide study", tidrskr nor Laege Foren 112 (16): 2082-4, 1992.
16. SRENSEN, J.L. et al, "Genital Chlamydia trachomatis infection in abortion seekers. Strategy of examination and treatment in order to reduce the sequelae of the infection", ugeskr Laeger 159 (44): 30 47 3053, 1992.
17. SRENSEN, J.L. et al, Presence of Genital Chlamydia trachomatis in abortion seekers - correlates with young age and nulliparity but not with previous genital infection Ugeskr Laeger 154 (44): 3053-3056, 1992, oct 26.
18. GLOVER, D.D. et al, Chlamydia trachomatis antigen prevalence among pregnant women in West Virginia. W.V. med J. 88 (12) 548-551. 1992. Dec.

19. DEC PIANO, M. et al, A study of the incidence of urogenital Chlamydia trachomatis in patients attending specialized departments of Rome, Milan and Turin, Italy, *Eur J. Epidemiol* 8 (4). 609-18, 1992.
20. EHRET, J.M. & JUDSON, F.N. "Genital Chlamydia Infections", In *clinics in Laboratory medicine. "Sexually transmitted Diseases"* volume 9, num 3, ed W.N. Saunders company, 1989, pp 481-494.
21. LAWRENCE, M.T. et al, *CURRENT medical Diagnosis & Treatment*, ed. Appleton & Lange/Nowak, Connecticut, cap, 15 pp 607, cap 29 p 1088-1090.
22. EGERMAN, R.S. "The Tetracyclines" *Obstet Gynecol clinic North am.* 19 (3) 551-561, 1992, Sep.
23. HALBE, H.W. "TRATADO DE GINECOLOGIA 2ª edição. Ed.Roca - SP 1993 vol 1, pp 886-887).
24. WAGER, G.P. et al. Periperal infections morbidity Relationship to mode of delivery and to antepartum Chlamydia trachomatis infection. *Am J. Obstet. Gynecol* 138 1028-1032, 1980.
25. MORILLON, M. et al, "Genital infections with Chlamydia trachomatis in pregnant women in New Caledonia", *Bull Soc Pathol* 85 (2): 121-124, 1992.

26. CARROLL, J.C., Chlamydia trachomatis during pregnancy. to Screen or not, to Screen? Can Fam Physician med Fam Cam 39: pp. 97-102, 1993.
27. NELSON, M.E., Prevalence de of Chlamydia trachomatis infection among women in a multi physicam primary care practice, AMJ Med 8 (5): 298-302, 1992.
28. AMORTEGUI, A.J. & MEYER, M.P. Enzyme Immunoassay for Detection of Chlamydia trachomaltis from the cercix. Obstet. Gynecol, 65: 523-526, 1985.
29. LEE, RV. Infecção Transmitidas Sexualmente. In Burrow, GN e Ferres, FF. Compliações clínicas na gravidez, SP, ROCA, 3. edição 1993. pp. 423-460.
30. MONIF, GRG Doenças infeccioss em ginecologia e Obstetricia, Porto Alegre, artes médicas, 4ª ed. 1992, 96-101.

**TCC
UFSC
TO
0005**

N.Cham. TCC UFSC TO 0005

Autor: Hardt, Carina

Título: Infecção por chlamydia trachomat



972812345

Ac. 254151

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM